130125

N° 1 QUATRIÈME ANNÉE JANVIER 1894



BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 5 Janvier 1894

Présidence de M. RUAULT

M. Ruault, président, propose, dans une courte allocution, la mise à l'ordre du jour de questions sur lesquelles on appellerait la discussion.

M. Saint-Hilaire donne lecture d'une lettre de M. le Ministre, concernant le prochain congrès des sociétés savantes.

M. Gellé propose qu'on rétablisse la signature de la feuille de présence et sa publication à chaque bulletin. (*Adopté*).

Instrument pour échancrer le mur de la logette et ouvrir l'attique

Par le Dr GELLÉ

Une foule d'otorrhées interminables reconnaissent pour cause une carie osseuse, une nécrose en un point limité, d'où partent une série d'infections secondaires ; souvent la lésion date de l'enfance.

Le conduit auditif externe est un tube à drainage suffisamment ouvert et large pour permettre l'écoulement au dehors du pus formé à l'intérieur de la cavité tympanique. Quand le tympan est largement perforé dans son segment inférieur, et le conduit perméable, la suppuration ne persiste que s'il y a une altération fixe, telle qu'une carie, une nécrose, un séquestre, et des fongosités significatives souvent. C'est ainsi que l'on constate dans les vieilles otorrhées la carie des osselets, de l'enclume surtout, et des points de nécrose en voie d'élimination sur les diverses parois de la caisse. Bien que le siège de ces ostéites, de ces caries, de ces nécroses soient des plus variés, il existe certaines zônes qui présentent plus fréquemment ces altérations du tissu osseux.

La paroi postérieure surtout, qui sépare la caisse du tympan de l'antre mastoïdien et des cellules mastoïdes, est sujette à ces lésions. Cette paroi, en cas de suppuration prolongée, se trouve baigner dans le pus par ses deux faces, et celui-ci qui se trouve retenu dans les cellules se fraie un passage à travers les points minces de la muraille osseuse qui le sépare du conduit pour sortir de ce côté ; de là des fistules osseuses mastoïdes borgnes internes, intarrissables le plus souvent.

D'autres suppurations à répétitions aussi reconnaissent pour point de départ une carie des parties sus-tympaniques de la caisse,

des parois de l'attique, et quand elles sont bien limitées à la paroi externe, c'est-à-dire à la face tympanique du mur de la logette, ces lésions peuvent être attaquées chirurgicalement, puisque la lamelle osseuse peut être facilement enlevée, sans danger. Le seul point délicat c'est de pouvoir reconnaître que l'affection osseuse constatée sur ce mur de la logette est bien unique et qu'il n'existe pas ailleurs d'autres surfaces cariées ou nécrosées (au niveau du tegmen tympani, du tegmen pêtreux surtout).

Enlever les osselets cariés est relativement une opération légère et sans gravité, enlever le mur de la logette pour mettre l'attique en vue, c'est déjà audacieux, mais sans grand danger, si toute la lésion est en ce point limité.

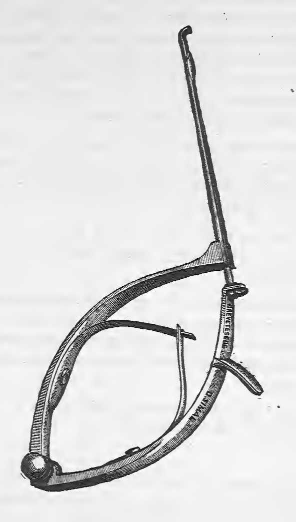
Quant aux caries, nécroses du massif du facial il y a lieu de les atteindre par l'ouverture des cellules mastoïdes, en évitant le canal de Fallope.

Parmi les points de l'oreille moyenne faciles à explorer et sur lesquels l'action chirurgicale est devenue possible grâce aux progrès du diagnostic des lésions, le mur de la logette apparaît comme un des plus sûrement opérables, vu son isolement des autres parties de l'organe.

Cette paroi supérieure du conduit auditif osseux le sépare de l'attique, ou logette des osselets de l'ouïe.

M. Gellé, redoutant de fracturer le tegmen tympani dans l'opération de l'ouverture de l'attique, telle qu'on la pratique aujourd'hui avec le ciseau et le maillet, propose d'évider le mur de la logette (partie osseuse du conduit auditif qui cache le haut de la caisse du tympan), en partant du bord du cadre, au moyen d'un sécateur figuré ci-dessous. C'est une tige tubulée, terminée par deux crochets recourbés, qu'on introduit sous le bord du cadre tympanal ; les crochets s'y accrochent et fixent la lame osseuse. Une pression de la main rapproche les deux valves du manche de l'instrument, et fait glisser à la rencontre de l'os saisi une tige d'acier solide terminée par une pointe en grain d'orge ; l'os pris entre les crochets intérieurs et la pointe extérieure se morcèle et

s'en va par fragments qui sont retenus dans les crochets. Ainsi seront évités les dangers d'une opération très utile pour ouvrir



l'attique, soit dans le cas de carie limitée, soit dans le traitement de l'otorrhée.

Du désenchâtonnement de l'étrier

Par le Dr GELLÉ

Voici les limites de mon sujet :

Je parle des enchâtonnements de l'étrier consécutifs aux scléroses auriculaires et de leur traitement.

L'étrier logé au fond d'une fossette de la paroi interne de la caisse, ses deux branches à peine distantes de la couche paroi du promontoire, caché sous l'aqueduc de Fallope, sous les tendons du stapedius, et du tenseur, à peine mobile, se trouve facilement enclavé, couvert, enseveli par les hypertrophies de la muqueuse périoste de la cavité tympanique, atteinte d'inflammation chronique, suppurative ou non.

C'est une observation curieuse et pleine d'intérêt que de voir se produire sous les yeux cette sorte d'enlisement de l'osselet indispensable par l'élévation graduelle ou rapide de la membrane de revêtement des os, sous laquelle il finit par disparaître; un point blanc mat, sa tête méconnaissable, restant seul visible parfois.

Il est non moins intéressant de voir le tableau inverse, l'étrier émergeant peu à peu de la muqueuse modifiée par un traitement topique réglé.

Puisqu'en otiatrique, le médecin est le plus souvent consulté tardivement, ces évolutions pathologiques sont bonnes à connaître : il est bon de savoir que sous une paroi épaisse, dont toutes les fossettes sont nivelées, se cache un osselet susceptible d'être mis à nu et rendu libre.

L'auriste arrive quand l'incendie a passé, laissant des ruines ; il naît de cette situation des conditions qui lui sont bien particulières; je ne dis pas qu'il doit

savoir accommoder les restes, mais il doit chercher à rétablir l'audition dans un organe en partie détruit et dont la fonction semble absolument perdue : quand il a obtenu ce résultat, peu de personnes se doutent du tour de force exécuté.

L'enchâtonnement de l'étrier peut s'opérer d'une façon différente de ce que j'ai exposé tout à l'heure. On trouve assez fréquemment chez certains sourds, le tympan déprimé, enfoncé, adhérent au niveau du 1/4 supero-postérieur, modelant la saillie de l'étrier et de la branche descendante de l'enclume, au point qu'il est permis de douter de son existence et de croire un instant qu'il y a une perforation.

Peut-être y a-t-il eu là dans certains cas une perforation ; toujours est-il que le tissu pellucide de la membrane laisse voir les osselets; que la douche d'air en fait ballonner quelques petites portions, avec amélioration immédiate de l'audition en général. L'important est que le décollement de la cloison, délivrant l'étrier, accroît souvent celle-ci dans des proportions remarquables. En somme il y a eu ici production de fongosités, puis retraction scléreuse et enchâtonnement de l'étrier, qui reste coiffé de la partie de tympan rétractée.

Nous avons tous détruit avec légèreté et précautions ces fongosités, quand, dans l'otorrhée avec large perforation, elles sont à nu dans le 1/4 postero-supérieur de la caisse ; et nous avons parfois réussi à récupérer un peu d'audition : c'est une forme d'enchâtonnement aussi, mais je la laisse de côté aujourd'hui.

D'autres fois l'enchâtonnement est tout à fait scléreux, sec et peu épais, le tissu sclérosé dessine encore quelques vallonnements : la fixation de l'osselet n'en est que plus solide.

Cette forme est fréquemment observée dans la sclérose auriculaire, dans l'otite sèche, primitive ; c'est à

elle que s'adresse la mobilisation de l'étrier, la section de la branche verticale de l'enclume, et les tentatives de dégagement de Kessel, etc., bien connues de tous.

Je ne parlerai aujourd'hui que des deux premiers modes de l'enchâtonnement, seuls véritables, en somme, dont j'ai observé quelques cas ; et, à ce propos, je mettrai en avant quelques déductions relativement à l'audition et à nos procédés d'exploration actuels.

On se demande souvent à quelles lésions correspondent les signes seméiotiques classiques ; il y a dans ces cas de sclérose sur de vieilles otorrhées, avec large perforation, quelques indices à récolter à ce point de vue ; la valeur des signes s'en dégage nettement.

PREMIÈRE OBSERVATION

Dlle A. Focer, 20 ans, grande maigre pâle, sourde dès l'enfance, atteinte d'otorrhée, à gauche, se plaint de bourdonnements incessants ; elle en souffre davantage au moment des périodes mensuelles.

L'oreille droite, sèche scléreuse, ne perçoit plus rien.

A gauche, le bruit de la voix est confus et indistinct. Depuis longtemps, l'oreille gauche avait cessé de couler : l'influenza, dont la malade a été atteinte récemment, lui a enlevé le peu d'audition conservée, et on lui fait à peine saisir un mot crié avec force à l'oreille gauche.

D. V. = O. ; D. V. sur mastoïde à droite et à gauche = O. — M. = O. à droite et à gauche. — Avec l'audiphone la parole n'est pas perçue ; et le diapason un moment.

A gauche : le méat est libre, pâle et large ; le tympan a disparu, il en reste une petite portion en haut et en avant sous forme d'un bourrelet rouge jaunâtre ; on ne distingue aucun vestige du marteau ni de l'enclume.

Toute la surface du promontoire est en vue, sèche, rosâtre, tendue ; on distingue le sourcil à la fossette qui le limite en bas et en arrière ; la muqueuse est partout d'aspect cutanéisée et peu

colorée ; une distance appréciable sépare les bords du cadre de la paroi labyrinthique.

Les irrigations quotidiennes faites depuis l'influenza ont amené la résolution de la poussée inflammatoire grippale dont a souffert l'oreille.

Au-dessus du promontoire, dans le segment supéro-postérieur, entre deux petits plis arrondis de la membrane de revêtement, proche du bord supérieur du cadre, une tache blanche mate, d'un demi-millimètre au plus, tranche sur le fond rosé en général. Il faut une grande habitude pour bien distinguer cette place blanche si petite.

Le stylet fin introduit sent la résistance solide de toute la paroi interne de la caisse indolore ; au contraire une vive sensibilité est éveillée au niveau des vestiges du tympan. L'orifice tubaire est libre et sec. L'orifice de l'antrum est accessible.

Dès que la pointe ronde du stylet touche la petite tache blanche nacrée, la malade éprouve un choc dans la tête, un malaise, un peu de vertige. C'est donc bien la tête de l'étrier qui apparaît ainsi entre les deux plis de la muqueuse décrits plus haut.

Nous tentons de dégager l'osselet mobile.

Après cocaïnisation (solution au 5ᵉ) un bain de 10ᵉ, on essuie avec l'ouate hydrophile ; on lave avec la liqueur de Vanswieten (au 1/3) chauffée ; puis le conduit à son tour est lavé et aseptisé.

Le spéculum, passé à l'eau bouillante et non essuyé, est introduit aussi profondément que possible.

Le couteau droit (à tige baïonnette) à tranchant en bas, est porté sur le promontoire au-dessous de la tache blanche ; une incision pénétrant jusqu'à l'os, est faite horizontale dans l'étendue de trois millimètres à 4 mm. Au-dessus de cette première incision, une seconde tombe perpendiculaire, passant en avant de la tache blanche.

On remarque que la pointe du couteau s'enfonce de deux millimètres au moins dans le tissu de revêtement, dense et peu vasculaire ; au contraire, dès que l'os est touché, une nappe de sang épais et très coloré s'épanche, le tissu semble s'enfoncer sous la pression et glisser sur le fond solide : on sent que la surface membraneuse cache une couche liquide au contact de l'os.

Je complète par une incision verticale du sourcil du promontoire, tendant à dégager en même temps la fossette ronde. (Essuyage, perte minime de sang, pansement avec la gaze iodoformée portée au contact).

Peu de réaction, et deux jours après, résultat des plus heureux :

L'audition de la parole, de phrases assez longues est possible, en parlant du côté opéré, sans que la jeune fille voie parler.

Le troisième jour, on voit l'étrier paraître ; il fait une saillie légère en bas surtout et en avant.

Je suis par deux fois revenu aux incisions péri-stapédiennes, et malgré deux retours offensifs au moment des règles, j'ai pu conserver ce qui avait été acquis dès les premiers jours.

Des attouchements avec le stylet muni d'une perle rouge d'acide chromique fondu, ont aidé à maintenir les réactions dans de justes limites. C'est dans une de ces phases d'état aigu que j'ai pu voir le gonflement de la muqueuse-périoste arriver peu à peu à faire disparaître l'étrier émergé, et grâce au dégorgement consécutif au traitement topique, constater le retour graduel à l'état antécédent coïncidant avec celui de l'audition aérienne de la parole.

La conductibilité osseuse reconquise les premiers jours ne s'est plus perdue.

DEUXIÈME OBSERVATION

L'autre observation est également intéressante, bien que se rapportant à la deuxième catégorie d'enchâtonnement dont j'ai parlé :

Le résultat fut plus rapide et plus durable, et les interventions n'amenérent jamais de réaction ni de suppuration.

Les incisions, après asepsie soignée, isolèrent du premier jour l'étrier ; et les douches d'air montrèrent que le manche était libre, bien que bridé par des adhérences inférieures de la cloison.

Un des opérés de cet ordre n'avait pas bénéficié immédiatement des incisions faites, et je voulus aider l'action de la douche d'air par l'effet d'une raréfaction : celle-ci produisit une petite hémor-

rhagie dans la caisse, accompagnant le redressement du tympan en totalité ; grâce aux pansements antiseptiques aucune complication ne vint compromettre le résultat assez satisfaisant.

J'ai revu la petite malade depuis (demoiselle de 11 ans) et tout était resté en l'état, la cloison mobile et la vue de l'étrier et de l'enclume impossibles par l'opacité du segment opéré et redressé.

Dans un autre fait, la cicatricule placée juste au niveau de l'étrier, était mince et très mobile sur le fond général de la cloison ; il en résultait quelques malaises (bourdonnements et vertiges). Des attouchements avec la perle d'acide chromique ont amené la cessation de ces troubles en provoquant une rétraction plus complète du tissu cicatriciel et le redressement du tympan.

Le sujet se prête à quelques considérations :

Dans la première observation, avant toute intervention, dans l'état d'enchâtonnement complet, la malade n'entendait plus rien ou presque rien d'utile, la sclérose ayant envahi les deux organes ; et l'oreille gauche perforée laissant seule passer à peine quelques sons.

La parole n'était pas mieux perçue avec l'Audiphone, le diapason vertex n'était pas entendu et le diapason non plus par l'air.

Ainsi, dans ces conditions anatomiques : à savoir, l'oblitération de la fenêtre ronde, l'enchâtonnement et l'immobilisation de l'etrier et l'inaccessibilité de la fenêtre ovale, il n'y a pas d'audition, par nulle voie, ni osseuse, ni aérienne, bien que l'ouverture tympanique rende l'accès des sons inévitable.

Or, dès que l'étrier a été dégagé, reconnu mobile par la pression du stylet, qui provoque un peu d'état vertigineux et de malaise, l'audition de la parole a reparu ; il y a eu retour de la perception cranienne, et les bourdonnements insupportables ont diminué. A eux seuls, ces derniers indiquaient l'intervention.

Une nouvelle poussée inflammatoire ayant compromis une seconde fois l'audition de la parole, n'a pas

suspendu sa perception avec l'Audiphone ni celle du Diapason-vertex.

C'est que la muqueuse saillante a resaisi l'osselet et l'enveloppe encore, mais incomplètement, ainsi que le montre l'inspection de l'organe.

Enfin, on le dégage, et le bénéfice persiste ; la parole est entendue du côté opéré à 20 cent. ; tout faible qu'il paraisse, ce résultat est cependant très important puisqu'il se substitue à O.

De plus, il faut rappeler que la malade a 20 ans, et que son oreille a suppuré depuis la première enfance.

Le rôle de la grippe est aussi à noter ici : l'infection agissant sur ces lésions suppuratives anciennes avait tout ravivé et avait achevé la perte de la fonction.

A travers cette large perforation, on a pu aussi observer le mode d'évolution du processus. A la surface, peu de changement d'aspect, peu d'exsudat, tout sepasse dans la profondeur ; c'est un soulèvement de toutes les parties molles, qui restent, au début au moins, sèches, denses, et peu colorées, tandis que par l'incision allant jusqu'au tissu osseux, on constate leur décollement, et la formation de lacs sanguins sous-jacents à la membrane soulevée : c'est de l'ostéo-périostite.

Dans les trois faits que j'ai pu observer récemment, les choses se sont à peu près passées de la même façon.

Considérant un instant le processus aigu seul, nous venons de le voir évoluer à travers la perforation. Croit-on qu'il en soit autrement en l'absence de celle-ci, et que les choses se passent différemment quand la sclérose est sèche tout d'abord et que le tympan opaque raidi cache tout le tableau. On en trouve la preuve dans l'observation : l'oreille droite, sèche et scléreuse, a également subi l'influence de la poussée aiguë inflammatoire *saisonnière ;* des douleurs, de la pesan-

teur, des bourdonnements accrus ont appelé l'attention de la malade et le marteau a été trouvé rouge à ce moment.

On eut ouvert le tympan qu'on eût certainement trouvé un gonflement analogue de la paroi de la caisse et l'absence d'exsudat.

N'est-ce pas là ce qui se passe dans l'otite suraiguë infectieuse de la grippe, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, etc. ?

Je pense que les lésions évoluent pareillement, et cela explique bien l'action des *incisions multiples profondes* dans le traitement jugulatoire des processus morbides iotiques. L'incision doit aller jusqu'à l'os et son action est héroïque quand on l'a faite au début de la maladie.

Un grand modificateur de ces ostéo-péréostites est l'acide chromique, en applications topiques, et les attouchements avec la perle fondue à la pointe du stylet fin, ont assurément un puissant effet résolutif, quand une perforation suffisamment large rend possible l'accès de la paroi labyrinthique.

Au point de vue thérapeutique, comme au point de vue semiotique, ces faits se prêtent donc à des considérations intéressantes, d'où nous pouvons déduire logiquement la valeur des signes.

M. Châtellier. — M. Gellé est intervenu dans la période aiguë d'une otite chronique. La lésion était pour le moment constituée par des éléments mobiles variables, en voie d'évolution. Son opération a consisté plutôt en une série de *mouchetures* provoquant le dégorgement des parties gonflées, qu'en une véritable libération de l'étrier.

PRÉSENTATIONS ET OBSERVATIONS DU Dr A. COURTADE

(Ce mémoire a été lu dans la séance de Juin 1893).

Manche porte-instruments à angle variable

Les petits instruments qui servent à l'auriste se montent tous sur un même manche, dit de Politzer, dans une douille qui fait un angle invariable avec l'axe de ce manche, mais qui diffère avec les fabricants ; d'autres fois, cet angle est formé au dépens de la tige de l'instrument, le manche étant rectiligne. Généralement, cet angle n'est pas assez ouvert, ce qui oblige l'opérateur à redresser fortement la main pour que l'instrument soit dirigé dans l'axe du conduit auditif.

Pour que chaque opérateur puisse donner facilement tel angle qui lui conviendra le mieux, nous avons fait construire un manche dans lequel la douille qui retient l'instrument est mobile et peut tourner de 90° ; on l'arrête à la position voulue en poussant un curseur qui pénètre dans l'une des encoches dont est pourvue la tige de la douille ; c'est le mécanisme qui arrête la lame du bistouri fermant.

On peut ainsi donner à l'instrument la position que l'on désire et même le rendre parallèle à la direction du manche.

Manchon hermétique pour speculum de Siegle

Il est difficile d'obtenir l'herméticité dans l'application du speculum de Siegle, à moins de presser fortement celui-ci contre les parois du conduit auditif ; malgré le tube de caoutchouc dont il est garni et qui en atténue la dureté, son application est quelquefois très douloureuse, comme dans certaines otites aiguës où le meat externe est très sensible.

Nous avons imaginé de garnir ce speculum d'un petit manchon cylindrique en caoutchouc que l'on peut gonfler, avec un petit ballon indépendant ou la poire de Politzer ; après quoi on ferme

le robinet de communication pour maintenir le manchon gonflé.

L'intervalle compris entre les parois du speculum et du conduit auditif est comblé par un matelas d'air qui assure l'herméticité ; quelle que soit la forme de section du méat et celle de la petite extrémité du speculum, le ballonnement du manchon, se faisant toujours là où se trouve un intervalle à combler, on n'a donc pas à se préoccuper si la forme du speculum correspond à celle, essentiellement variable, du conduit auditif.

Ce manchon peut être retiré très facilement du speculum, pour le nettoyer.

Crochet à pression et à traction élastiques

Le stylet coudé à son extrémité est maintenu dans la position de repos par deux petits ressorts à boudin qui agissent d'une façon inverse. Que l'on tire ou que l'on pousse le stylet, l'un ou l'autre de ces ressorts entre en jeu.

En garnissant d'ouate l'extrémité du stylet, on obtient un petit tampon qui permet d'agir avec douceur sur le tympan ou le manche du marteau.

Si on veut se servir du stylet, comme crochet pour étudier la position de certaines brides ou adhérences, on n'a pas à craindre qu'un brusque mouvement de recul du malade ne provoque de graves lésions, parce que le ressort de traction est mis en jeu avant que la main qui tient l'instrument soit tirée dans la direction de la tête du patient.

La traction est donc douce, graduelle, progressive, ce qu'on ne pourrait obtenir aussi facilement avec un instrument rigide, par l'action seule de la main plus ou moins exercée et délicate de l'opérateur.

OBSERVATION

Laryngite pseudo-membraneuse sous-glottique à répétition

Mlle Léonie X..., 25 ans, vient se consulter parce que depuis huit jours elle est en proie à une dyspnée persistante avec accès

de suffocations après le repas ou la nuit ; pour les éviter elle se prive de nourriture, aussi des défaillances la prennent-elle à chaque instant.

Elle ne dort plus à cause de la gêne respiratoire.

Ce n'est que par des mots entrecoupés et une voix aphone qu'elle peut donner les renseignements suivants :

En avril 1892, à la suite d'un refroidissement très vif, elle est prise de mal de gorge et deux ou trois jours après, d'étouffements qui, après une durée de quinze jours, disparaissent sans intervention.

Elle reste dans un état satisfaisant pendant deux mois, puis rechûte sans cause appréciable.

Actuellement, c'est la 6me atteinte qui est la plus longue et la plus sérieuse de celles qu'elle a eues.

L'examen laryngoscopique, en raison de la gêne respiratoire extrême et de la grande sensibilité du voile du palais, ne réussit qu'après plusieurs tentatives.

On constate alors sous les cordes vocales, une plaque blanc-grisâtre uniforme, dépassant le bord des cordes sous forme d'un liseré de même couleur.

Pendant l'application du miroir, la glotte se ferme et s'ouvre à plusieurs reprises, ce qui permet de constater que les mouvements sont libres et faciles ; la dyspnée permanente n'était donc pas due à une obstruction notable de cette partie du larynx, mais à un spasme déterminé par l'existence de ces pseudo-membranes.

L'administration d'une potion anti-spasmodique confirma, en effet, cette manière de voir en faisant cesser la suffocation et les défaillances qui en étaient le résultat ; dès le soir même la malade put manger et dormir, et 36 heures après, des efforts de toux expulsèrent quatre lambeaux d'un blanc grisâtre, de la dimension de l'ongle du petit doigt et de l'épaisseur d'une pièce de dix centimes.

La voix reprend aussitôt sa force et presque son timbre normal.

L'examen laryngoscopique pratiqué 48 heures après le premier est facile et ne provoque pas de spasme.

On constate que la muqueuse de la région arytenoïdienne et des bandes ventriculaires est encore très rouge mais non tuméfiée ; les cordes vocales sont légèrement rosées.

Pendant une forte inspiration succédant à l'émission de la voix on peut explorer la région sous-glottique ; là, où se trouvaient les fausses membranes, la muqueuse est d'un rouge très foncé, mais il n'existe plus trace d'exsudat.

Du côté du pharynx il n'existe point de lésions notables, sauf une augmentation légère du volume des amygdales ; le nez est absolument sain.

Cette observation est intéressante par la répétition des accidents dyspneiques, survenant sans causes appréciables, sauf la première fois où ils se sont produits, par la gravité de la dernière atteinte qui laissait entrevoir la nécessité de faire la trachéotomie et par la localisation de ces produits pseudo-membraneux limités à la région sous-glottique et déterminant de violents accès de suffocation de nature spasmodique.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.